

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

27

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 3 Décembre 1891, à une heure

DU

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE DU COL

PAR LES INJECTIONS INTERSTITIELLES

PAR LE

D^R LÉON TOUVENAIN

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX ET DE L'HOPITAL DES ENFANTS MALADES

MONITEUR D'ACCOUCHEMENTS A LA CLINIQUE DE LA FACULTÉ

LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Président de la Thèse: M. le Professeur LE DENTU

Juges : MM. { TARNIER.
MAYGRIER.
SCHWARTZ.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

4, RUE ANTOINE-DUBOIS, 4

—
1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 3 Décembre 1891, à une heure

DU

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE DU COL

PAR LES INJECTIONS INTERSTITIELLES

PAR LE

D^R LÉON TOUVENAIN

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX ET DE L'HOPITAL DES ENFANTS MALADES

MONITEUR D'ACCOUCHEMENTS A LA CLINIQUE DE LA FACULTÉ

LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Président de la Thèse: M. le Professeur LE DENTU

Juges : MM. { TARNIER.
MAYGRIER.
SCHWARTZ.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

4, RUE ANTOINE-DUBOIS, 4

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen. M. BROUARDEL

Professeurs :

MM.

Anatomie	FARABŒUF.
Physiologie.	CH. BICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVÉ.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TILLAUX.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUSS.
Clinique médicale.	{ SEÉ (G.).
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	{ VERNEUIL.
	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : RICHET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BLANCHARD.	GLEYS.	NETTER.	RICARD.
BRISAUD.	HANOT.	POIRIER, chef des	A. ROBIN.
BRUN.	HUTINEL.	trav. anatomiq.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	POUCHET.	SEGOND.
CHANTEMESSE	KIRMISSON.	QUENU.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.	RETTERER.	WEISS.

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET MAÎTRE M. LE PROFESSEUR LE DENTU

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON CHER MAÎTRE M. LE DOCTEUR DUJARDIN - BEAUMETZ

MÉDECIN DE L'HOPITAL COCHIN

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ET DU CONSEIL D'HYGIÈNE
ET DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON CHER MAÎTRE M. LE DOCTEUR AUVARD

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX DE PARIS

AVANT - PROPOS

De toutes les affections des organes génitaux de la femme, l'endométrite et la métrite sont certainement celles que l'on observe le plus fréquemment, et dans toute clientèle gynécologique on peut dire que la moitié au moins des malades qui viennent réclamer les soins du médecin sont atteintes de métrite.

L'on a beaucoup écrit déjà sur ce sujet, et ce qui nous a décidé à choisir comme thèse le *Traitement de la métrite du col*, c'est que, à côté des méthodes thérapeutiques déjà si nombreuses qui ont été proposées pour la cure de cette affection, nous avons, sous la direction de notre cher maître, M. le D^r Auvard, essayé un nouveau mode de traitement, qui, nous le disons tout de suite, nous a donné dans tous les cas où nous l'avons employé d'excellents résultats.

Ce traitement consiste en injections interstitielles pratiquées dans le col avec de la créosote au tiers.

Notre étude se bornera à la métrite cervicale, et ce n'est qu'incidemment, en relatant nos observations, que nous

indiquerons le traitement que nous mettions en œuvre contre l'endométrite concomitante.

Nous diviserons notre sujet en trois parties : dans une première, nous rappellerons brièvement ce qu'est la métrite du col, affection aujourd'hui bien connue ; nous insisterons plus particulièrement sur la conception nouvelle de l'ectropion, en montrant ce que l'on entend aujourd'hui par *ulcérations du col*. Dans une deuxième partie, nous résumerons les modes de traitement qui ont été successivement préconisés, en envisageant seulement le traitement médical ; car, nous tenons à le dire tout de suite, nous considérons l'intervention chirurgicale, l'amputation du col par la méthode de Schröder, comme étant la méthode de choix. Mais dans bien des cas l'opération est refusée par la malade, soit qu'elle soit timorée, soit qu'elle préfère les moyens doux.

Enfin, dans une dernière partie, nous exposerons la thérapeutique nouvelle à laquelle nous nous sommes arrêtés ; nous en montrerons les indications, nous décrirons le *modus faciendi*, les effets de ce traitement nouveau et les résultats qu'on en peut obtenir.

Nous relaterons pour terminer un certain nombre d'observations qui nous sont toutes personnelles.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier ici nos maîtres et en première ligne notre bien cher maître M. le D^r Dujardin-Beaumetz dans le service duquel

nous avons commencé nos études ; son enseignement si clair et si pratique nous a fait de suite aimer la Clinique.

Depuis plus de quatre années que nous avons l'honneur d'être son secrétaire, nous avons trouvé en lui le plus bienveillant et le plus affectueux des appuis ; dans son intimité journalière, nous avons beaucoup appris et nous nous souviendrons toujours des sages préceptes que nous l'avons vu mettre en pratique. Il nous a constamment témoigné une sollicitude toute paternelle, et nous tenons ici à lui exprimer notre vive reconnaissance et notre profonde affection.

Notre excellent maître M. le D^r Auvard nous a fait le grand honneur de nous prendre auprès de lui comme Aide dans sa Clinique privée de Gynécologie ; c'est lui qui nous a donné le sujet de notre thèse et c'est à lui que nous devons tous les éléments qui nous ont servi pour la confection de ce modeste travail. Sous sa direction, nous avons appris la gynécologie, et ses bonnes et savantes leçons nous ont permis de nous initier à cette intéressante étude. Qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre grande gratitude et de notre entier et affectueux dévouement.

Nous avons eu le bonheur d'être l'externe de M. le professeur Grancher, de M. le professeur Brouardel et de M. le D^r Chauffard. Nous les prions d'accepter nos remerciements bien sincères pour les marques de sympathie qu'ils nous ont toujours prodiguées.

Nous avons aussi eu comme chef à l'hôpital des Enfants-Malades M. le D^r Hutinel. Nous n'oublierons jamais ses excellentes leçons de clinique infantile, qu'il a su nous faire particulièrement aimer. En toutes circonstances, il a bien voulu nous témoigner le plus vif intérêt et nous lui en sommes extrêmement reconnaissant.

Que tous nos autres maîtres dans les hôpitaux, M. le professeur Le Dentu, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, MM. les professeurs Guyon et Tarnier, MM. les D^{rs} Polaillon, Budin, Maygrier, Comby, Barié, Josias, Babinski, acceptent l'hommage de nos sincères remerciements pour leur savant enseignement et pour leur bienveillante sympathie.

Nous adressons, en terminant, nos remerciements à M. Octave Doin, qui a bien voulu nous prêter les clichés nécessaires pour les figures de ce travail.

I

ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DU COL UTÉRIN

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC DE LA MÉTRITE CERVICALE

Nous allons en quelques mots résumer l'anatomie normale et pathologique du col utérin.

La paroi du col est composée de fibres musculaires lisses; son épaisseur est de 1 centimètre environ.

La muqueuse a de 2 à 3 millimètres d'épaisseur; blanche dans la cavité cervicale, elle est rose à l'orifice externe où elle se continue avec la muqueuse du vagin.

Sa structure est différente de celle de la muqueuse du corps.

L'épithélium est caliciforme sans cils vibratiles; sur la saillie des arbres de vie, l'épithélium redevient cylindrique et muni de cils vibratiles (*fig. 1*).

Le stroma est formé de tissu conjonctif plus ou moins dense. Dans l'intérieur de ce stroma plongent en grand nombre des glandes en grappes, s'enfonçant parfois très profondément jusque dans l'épaisseur du tissu musculaire. Ces glandes sont revêtues d'un épithélium cylindrique cali-

ciforme, sécrétant un mucus assez abondant, alcalin, transparent, fortement visqueux, adhérent à la paroi cervicale dont il est difficile de le détacher.

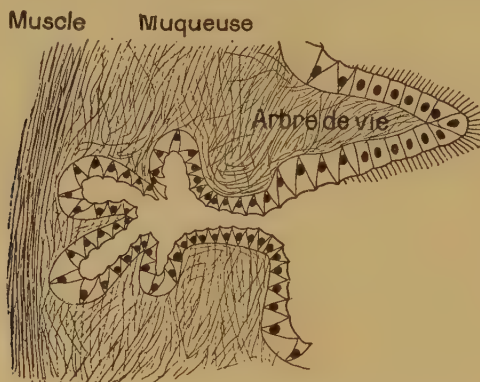


Fig. 1. — Muqueuse du col de l'utérus (Auvard).

A l'orifice externe, les caractères de la muqueuse changent brusquement: les glandes disparaissent; l'épithé-

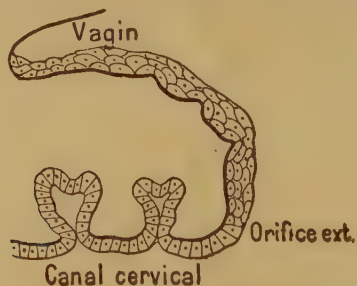


Fig. 2. — Coupe du col utérin (Auvard).

lium de cylindrique devient pavimenteux, stratifié et abrite des papilles assez volumineuses. En somme, la structure s'identifie avec celle de la muqueuse vaginale (*fig. 2*).

Qu'un microbe pathogène soit inoculé à la surface muqueuse de l'utérus, le plus souvent à l'entrée de la cavité cervicale, et on va assister au développement de l'endométrite, qui plus tard aboutira à la métrite.



Fig. 3. — Col normal (Auvard).



Fig. 4. — Ectropion léger (Auvard).

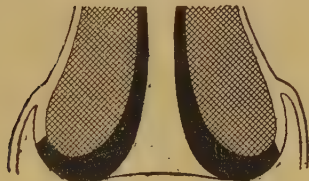


Fig. 5. — Ectropion moyen (Auvard).

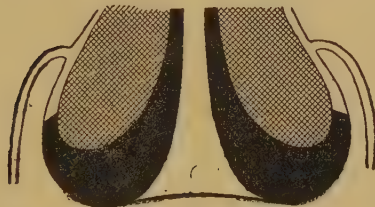


Fig. 6. — Ectropion accentué (Auvard).

L'inflammation, d'abord limitée à la surface de la muqueuse, va pénétrer dans les glandes, qui deviennent

autant de repaires microbiens, et de là se propage au stroma de la muqueuse.

De la muqueuse, elle s'étendra ultérieurement par la voie lymphatique au muscle utérin; à ce moment, l'endométrite se complique de myométrite.

La muqueuse, sous l'influence du processus inflammatoire, se boursoufle, s'hypertrophie et, trop volumineuse pour être contenue dans la cavité cervicale, elle fait hernie à travers l'orifice externe qui s'ouvre et se dilate pour la laisser passer.

Ainsi se constitue l'ectropion de la muqueuse cervicale dont le mode de formation est expliqué par les figures 3 à 6 que nous empruntons à notre maître, le D^r Auvard.

Si on fait une coupe parallèle à l'axe de l'utérus sur le col en ectropion, on trouve, ainsi que l'a indiqué Doléris, l'aspect suivant représenté par la figure 7. On voit sur cette figure, en allant de gauche à droite :

Deux glandes intra-cervicales enflammées ;

Une glande au niveau de la muqueuse en ectropion, dont l'origine est enfouie au milieu d'épithélium pavimenteux. C'est l'épithélium de la surface vaginale du col qui, par envahissement concentrique, est venu couvrir la surface de l'ectropion qui baigne dans le vagin ;

Une autre glande de la muqueuse cervicale en ectropion, dont l'orifice a été absolument comblé par l'épithélium pavimenteux, de telle sorte qu'elle est transformée en une cavité

kystique. Ce petit kyste contient un liquide muco-purulent, il varie comme grosseur d'une tête d'épingle à une lentille ; on le désigne sous le nom d'œuf de Naboth. Ces petits kystes sont très fréquents dans l'endométrite cervicale ; ils donnent au doigt qui pratique le toucher la sensation d'une

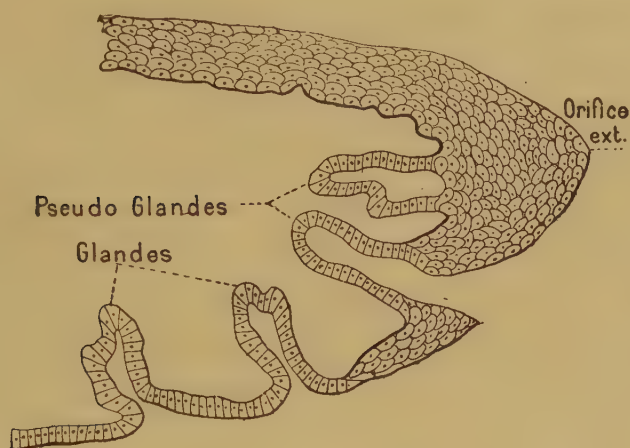


Fig. 7. — Col enflammé en ectropion (Auvard).
Comparer avec la fig. 1, où le col est normal.

série de noyaux minuscules enveloppés dans une gangue de tissus mous.

L'orifice externe est très éloigné de sa situation normale.

Ces lésions étaient englobées autrefois sous le nom générique d'*ulcérations du col*. Mais par ce que nous avons dit à propos de la description histologique qui nous a montré au contraire à leur surface une épaisse couche d'épithé-

lium, on s'aperçoit que c'est une fausse ulcération. L'aspect macroscopique avait fait croire à l'existence d'ulcérations ; mais l'examen microscopique a montré qu'il n'en est rien. Dans quelques cas relativement rares, l'orifice externe, en quelque sorte sténosé, demeure fermé, empêchant l'ectropion de la muqueuse ; l'endométrite reste alors intra-cervicale et le spéculum ne peut révéler les lésions à l'œil qui explore.

Le processus inflammatoire ne reste pas limité à la muqueuse cervicale, mais rampant de la superficie vers la profondeur ne tarde pas à envahir tout le revêtement utérin. Toute la muqueuse boursouflée, hyperplasiée, hypertrophiée, comble et distend le muscle utérin, d'où l'augmentation de volume de l'organe tout entier, même en l'absence de myométrite, qui ne tarde pas, il est vrai, à survenir si le processus n'est pas arrêté dans sa marche envahissante.

En résumé : début par la muqueuse cervicale, envahissement de la muqueuse du corps, puis atteinte du muscle utérin.

La description que nous venons de faire sommairement des lésions du col est empruntée aux idées de notre maître le D^r Auvard et à celles du D^r Doléris ¹.

Pour Veit et Ruge ², cette opinion serait trop exclusive.

¹ Auvard, *Traité pratique de gynécologie*, p. 196.

Doléris et Mangin, *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 461.

² Ruge et Veit, *Centralblatt für gyn.* 1877, n° 2 et *Zeitschrift f. Geburtsh und Gyn.*, Bd II, p. 415 et Bd VIII, p. 405.

Ces auteurs admettent qu'il faut faire une certaine part à cette sorte de descente de la muqueuse intra-cervicale tuméfiée au-delà de l'orifice et sur la face externe du col. Elle peut, dans les cas de déchirures profondes, constituer la majeure partie de la surface exposée. Mais, dans beaucoup de cas, l'orifice du museau de tanche fermé ne laisserait déborder qu'un mince liseré de la muqueuse interne et, comme l'ulcération envahit pourtant une grande partie de la surface convexe du col, il faut absolument reconnaître qu'il y a eu altération *sur place* de cette surface. Aussi Veit et Ruge pensent, d'une part, que les ulcérations du col sont des néoplasies glandulaires plus ou moins hypertrophiques et, d'autre part, ils admettent qu'il existe des ulcérations dans le sens propre du mot, c'est-à-dire qu'il y a perte de substance véritable; dans ce cas, l'épithélium serait desquamé et la muqueuse recouverte par places de granulations inflammatoires ayant leur point de départ dans les papilles.

De Sinéty a confirmé l'opinion de Veit et de Ruge, en affirmant qu'il n'y avait pas destruction de tissu, mais bien néoformation¹.

Quelle que soit d'ailleurs l'opinion que l'on admette, cela ne modifie en rien l'application du traitement que nous voulons exposer.

¹ De Sinéty, *Des ulcères du col de l'utérus dans la métrite chronique* (Comptes rendus de la Soc. de biologie et Assoc. franc. pour l'avanc. des sciences, 1880).

Au point de vue *symptomatologique*, la métrite du col présente des signes fonctionnels et des signes physiques.

Parmi les premiers, il en est deux principaux : la sécrétion et la douleur.

1° La sécrétion est caractérisée par un écoulement exagéré ou une perversion du mucus glandulaire et épithélial. A un premier degré, la modification porte surtout sur la quantité et la consistance du mucus sécrété ; il y a hyper-sécrétion et augmentation de la consistance.

Si l'inflammation est plus intense, le mucus se trouble et devient blanchâtre.

Enfin la sécrétion devient muco-purulente ou franchement purulente.

Dans les folliculites anciennes, les kystes sont parfois remplis de matière caséuse épaisse.

Les glaires peuvent quelquefois être sanguinolentes ; la muqueuse en ectropion saigne facilement.

2° La douleur est constante.

Localement, le col enflammé n'est ordinairement douloureux qu'au contact ; le coït, le toucher, le contact du spéculum ou du tampon provoquent de la sensibilité ou même une douleur assez vive.

Constamment il existe des douleurs irradiées : maux de reins, dont le point de départ est dans les ligaments utéro-sacrés enflammés et contractés douloureusement ; sensa-

tions de pesanteur, de lourdeur ; douleurs dans le bas-ventre et les aines.

Par l'exploration physique, on précise facilement le diagnostic. Le toucher fournit tous les renseignements désirables sur le volume, la forme et la direction du col, l'état de l'orifice, atrésié ou largement déchiré, consistance de la muqueuse en ectropion, étendue de celui-ci, présence de kystes folliculaires.

Par l'examen au spéculum, on se rend compte de la nature et de l'abondance des sécrétions, de l'étendue de l'ectropion, du volume du col ou de l'existence de kystes.

L'hystérométrie donne, dans certains cas, des indications complémentaires, par exemple sur la longueur de la cavité cervicale, sur son calibre, sur l'état de l'orifice interne.

Comme symptômes de voisinage, on observe fréquemment du ténesme vésical, de la cystite et surtout de la constipation. La digestion est le plus souvent atteinte : l'appétit fait défaut, les digestions sont laborieuses et cet état dyspeptique s'accompagne parfois de tympanite chronique. La céphalalgie apparaît fréquemment. La malade est irritable, impressionnable. Elle perd ses forces et est incapable de tout effort musculaire. En conséquence, la santé générale est altérée plus ou moins et tout contribue à donner à la femme l'aspect habituel des chloro-anémiques.

Nous ne dirons rien des complications possibles de la métrite cervicale, car cela nous écarterait trop de notre sujet.

Nous résumerons simplement tout ce que nous venons de de décrire en disant avec notre maître, le D^r Auvard, qu'au niveau du col l'inflammation peut être superficielle, moyenne ou profonde.

L'inflammation superficielle se manifeste par un écoulement glairo-purulent ; l'inflammation moyenne, par le même écoulement avec en plus l'ectropion de la muqueuse à travers l'orifice externe ; enfin l'inflammation profonde, par le même écoulement, par l'ectropion et par l'hypertrophie inflammatoire de tout le col.

L'écoulement, l'ectropion, le gonflement généralisé du col constituent donc les trois degrés de la métrite du col.

Le *diagnostic* différentiel n'est à faire qu'avec la *métrite du col* et l'*épithélioma*.

La première est caractérisée par des métrorrhagies et un écoulement différent du mucus cervical ; la douleur n'est pas localisée aux mêmes endroits : elle siège surtout dans le corps utérin et particulièrement au niveau du fond. L'augmentation de volume porte sur le corps de la matrice.

Souvent il y a coexistence des deux lésions, et le diagnostic en est important à faire pour instituer un traitement convenable et rationnel.

La confusion n'est possible avec un épithélioma du col que tout à fait au début ; ce n'est d'ailleurs qu'à ce moment que le diagnostic est très important à bien faire. S'il existe des doutes, si les symptômes ne sont pas suffi-

samment nets; il y a un bon moyen d'acquérir une certitude absolue, c'est d'extirper un petit fragment du col à l'aide du bistouri ou de la curette et d'en pratiquer l'examen microscopique.

II

TRAITEMENT

Nous allons passer rapidement en revue les différents modes de traitements médicaux préconisés jusqu'ici contre la métrite cervicale; nous disons traitements médicaux, puisque c'est un traitement médical que nous-même allons exposer, et il faut bien en effet pouvoir instituer une thérapeutique de ce genre dans tous les cas où la malade ne veut ou ne peut consentir à une opération.

L'intervention chirurgicale est en effet la véritable méthode curatrice de la métrite cervicale et le curettage suivi de l'amputation du col par la méthode de Schröder, opération absolument sans danger, fournit les plus brillants résultats. Mais nous ne voulons pas insister davantage sur ce point.

Bien des modes de traitement ont été mis en usage contre la métrite du col, mais, en définitive, ils peuvent être ramenés à trois types principaux: les cautérisations super-

ficielles, les émissions sanguines locales et l'ignipuncture. A côté de ces moyens, nous citerons les pansements par les topiques et les injections vaginales.

L'*ignipuncture*, préconisée pour la première fois par Percy en 1811, fut surtout introduite dans la thérapeutique gynécologique par le baron Larrey et par Jobert de Lamballe qui s'en fit le défenseur. Courty, en 1876, vanta beaucoup l'usage de l'ignipuncture et Caron consacra, en 1881, sa thèse inaugurale à ce sujet; pour lui c'est un excellent mode de traitement, sauf quand il existe une phlegmasie des ovaires ou des trompes.

Nous dirons tout à l'heure ce que nous pensons de l'ignipuncture appliquée au traitement de la métrite du col, mais déjà en 1878 Rollet rapporta dans sa thèse l'observation d'une malade chez laquelle la cautérisation au thermo-cautère aurait été la cause d'une hémorragie abondante. Depuis, d'ailleurs, beaucoup d'auteurs ont montré les inconvénients de ce mode de traitement.

L'ignipuncture se pratique soit à l'aide de la petite pointe du thermo-cautère Paquelin que l'on fait pénétrer profondément dans le col, soit avec de gros cautères que l'on éteint à sa surface. On fait passer un courant d'eau froide sur le col aussitôt après la cautérisation.

Les *émissions sanguines*, déjà conseillées par Lisfranc qui pratiquait une saignée générale, ont depuis lors été toujours vantées; mais on préfère les saignées locales. Dufrasse,

dans sa thèse qui date de 1880, déclare qu'elles doivent constituer le fond du traitement. Il y a deux moyens de pratiquer la saignée locale : soit à l'aide des sangsues, soit à l'aide de scarifications. Gallard, Courty, Danlos et Siredey conseillent indifféremment l'un ou l'autre de ces moyens.

Aujourd'hui, l'on a à peu près renoncé à l'emploi des sangsues et on préfère avec raison les scarifications.

Pour les *cautérisations* superficielles du col, on a successivement essayé un grand nombre de substances médicamenteuses. Les principales sont la teinture d'iode, le nitrate d'argent, l'acide chromique, le perchlorure de fer, l'acide pyrogallique, l'acide acétique, l'acide phénique, l'iodoforme, le baume du Pérou, la créosote, le *pinus canadensis*, le chlorure de zinc.

Parmi les poudres, le tannin, l'iodoforme sont les plus employées.

Enfin, pour les injections vaginales, on se sert de tannin, d'alun, de sulfate de cuivre, d'infusion de feuilles de noyer, plus récemment de sublimé et d'acide phénique.

Nous ne voulons pas entrer dans de plus amples détails, ni indiquer le traitement que conseille tel ou tel auteur, car nous avons hâte d'exposer le nouveau mode de traitement de la métrite cervicale qui fait l'objet de ce travail.

III

TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS INTERSTITIELLES

Notre thérapeutique est basée sur la classification que nous avons indiquée de l'inflammation du col en superficielle, moyenne et profonde.

L'inflammation superficielle ou du premier degré guérit facilement par des cautérisations légères à la créosote, la teinture d'iode, la perchlorure de fer, sous l'influence, en un mot, de tous les agents capables de détruire les microbes, causes des accidents. Cette destruction est d'ailleurs aisée, car l'agent pathogène est encore localisé à la surface de la muqueuse.

L'inflammation profonde ou du troisième degré, qu'on traitait autrefois par les cautérisations au fer rouge, n'est justiciable que d'une thérapeutique, c'est l'amputation du col, dont Schröder a tracé la méthode de choix et qui est de connaissance vulgaire pour tous les gynécologues à l'heure actuelle.

L'inflammation moyenne ou du deuxième degré, intermédiaire entre les deux variétés précédentes, guérit également très bien avec l'opération de Schröder ; mais beaucoup

de femmes redoutent l'intervention chirurgicale, réclamant du médecin une thérapeutique plus douce, un traitement médical, et comme dans ces cas d'inflammation moyenne la guérison est possible sans l'intervention en question, le médecin peut recourir avec grand profit pour la malade au traitement que nous allons maintenant exposer.

Nous entrerons dans les plus petits détails, car de sa minutieuse exécution dépend le succès ; nous ne viserons ici que le traitement local, laissant de côté le traitement général qui comprend les laxatifs, les toniques et les reconstituants.

Ce mode de traitement, sans rien présenter d'essentiellement nouveau, demande cependant à être exposé en détail, car son *modus faciendi* est le résultat de longs et nombreux tâtonnements et essais.

Le trépied du traitement consiste en :

- 1° Cautériser ;
- 2° Scarifier ;
- 3° Aseptiser.

Examinons de quelle manière nous devons procéder pour arriver au meilleur résultat.

1° *Cautériser*. — Les cautérisations en surface avec le nitrate d'argent ou tout autre agent sont insuffisantes, parce que les substances médicamenteuses employées ne

pénètrent pas dans les culs-de-sac glandulaires, où siègent, comme nous l'avons vu, de nombreux dépôts microbiens qui entretiennent le mal.

Les cautérisations au fer rouge sont mauvaises, car elles amènent, par l'étendue et la profondeur de l'eschare produite la formation d'un tissu cicatriciel abondant, qui ne restitue pas la muqueuse à son état normal. Elles ont encore un autre inconvénient, c'est qu'elles ne détruisent pas complètement les glandes, mais seulement leur partie superficielle; elles transforment alors la profondeur en kystes pathologiques, source persistante d'inflammation. Nous considérons donc la cautérisation au fer rouge comme une méthode nuisible à un double point de vue.

Les cautérisations faites en surface après des scarifications n'ont qu'une faible action, parce que le caustique est gêné pour pénétrer dans le col par le sang qui en sort; c'est le sang qu'on cautérise et non les tissus malades.

Pour opérer une cautérisation efficace, il faut faire pénétrer dans la muqueuse malade le caustique. De cette façon on ne cautérise pas uniquement la surface de la muqueuse, mais bien toute son épaisseur; de plus, on pénètre dans les culs-de-sac des glandes malades et l'on atteint à coup sûr les microbes qui sont la cause de l'inflammation du col.

Pour pénétrer dans les tissus malades, nous pratiquons des injections interstitielles dans le col avec une aiguille. Nous nous servons pour cela d'une seringue suffisamment

longue pour arriver jusqu'au col; cette seringue a les mêmes dimensions que la seringue de Pravaz ordinaire, seulement la tige du piston est beaucoup plus longue, ce qui permet d'arriver facilement avec l'aiguille jusqu'au col; sur la canule terminale se trouve un index, grâce auquel on peut facilement apprécier la profondeur à laquelle on pénètre.

La solution dont nous nous servons est la suivante:

Créosote pure de hêtre	} à parties égales.
Alcool	
Glycérine	

C'est donc une solution de créosote au tiers.

Pour pratiquer l'injection, voici comment nous procédons : Après avoir introduit le spéculum, nous débarrassons à l'aide de coton hydrophile trempé dans l'eau phéniquée à 1 p. 100 le col du mucus qui le recouvre, ou mieux nous donnons à la femme une injection antiseptique avec de l'eau phéniquée faible à 1 p. 100.

Nous chargeons alors la seringue de la solution et nous faisons une piqûre dont la profondeur varie de 2 à 5 millimètres.

Nous poussons doucement le piston de manière à injecter quelques gouttes. En général, nous nous bornons à traiter dans une même séance une seule lèvre de l'ectropion,

réserveant l'autre lèvre pour la séance suivante. Dans la lèvre choisie, nous faisons deux à trois piqûres en deux ou trois points différents et nous nous contentons en général d'injecter le quart de la seringue, c'est-à-dire, en somme, une très faible quantité de la solution.

Nous continuons ainsi à traiter alternativement chaque lèvre jusqu'à guérison. Nous dirons dans un instant quels sont les effets produits par ces piqûres, soit immédiatement, soit consécutivement.

2° *Scarifier*. — Après la cautérisation, il importe d'ouvrir la surface malade à l'aide d'un instrument coupant, et cela dans un double but ; d'abord pour évacuer le contenu des glandes libres ou kystiques, ainsi que le caustique qu'on a injecté dans leur intérieur ; en second lieu, pour faire une saignée locale qui décongestionne le col malade.

La scarification doit être un véritable labourage de la région malade.

Pour faire ces scarifications, nous nous servons pour la cavité cervicale de la herse préconisée par Doléris, sorte de petit rateau qui permet de labourer très facilement la muqueuse. Pour ouvrir les petits kystes un peu profonds, nous faisons simplement usage de la pointe d'un bistouri.

Tous ces instruments (aiguille de la seringue et seringue, herse, bistouri) doivent naturellement être bien aseptiques.

Nous laissons le sang qui sort à la suite des scarifications s'écouler pendant quelques instants ; une injection vaginale ou de petits tampons de coton aseptique entraînent le liquide hémorragique au dehors. Nous terminons ensuite par un pansement antiseptique.

3° *Aseptiser*. — Primitivement, nous faisons un pansement avec de la poudre de salol ; à l'aide d'un chasse-poudre nous projetons sur le col la valeur d'un dé à coudre de salol et nous appliquons par dessus un tampon de coton hydrophile placé bien au contact du col utérin. Nous faisons garder le tampon vingt-quatre heures et nous recommandions à la malade de prendre en le retirant et les jours suivants une injection avec de l'eau phéniquée à 1 p. 100.

Nous avons légèrement modifié cette manière de faire et toutes les fois que la femme peut venir se faire panser tous les deux jours, voici comment nous procédons : nous projetons sur le col une quantité égale des trois poudres de salol, d'iodoforme et de tannin et nous mettons deux tampons. La malade garde ces tampons jusqu'au pansement suivant, c'est-à-dire quarante-huit heures, et, bien entendu, ne prend aucune injection. Quand elle revient, nous retirons les deux tampons et nous donnons immédiatement une injection vaginale qui débarrasse le vagin de tous les produits qui s'y trouvent.

Ces pansements secs continus nous ont donné les meilleurs résultats ; sous l'influence prolongée de ce mélange antiseptique, la cicatrisation se fait mieux et bien plus rapidement qu'avec les injections, car ils créent un milieu antiseptique permanent.

De plus, nous trouvons un autre avantage à faire garder d'une manière continue les tampons ; ils assurent le repos absolu des organes, leur présence dans le vagin s'opposant à tout rapport sexuel.

Pendant la période menstruelle, nous suspendons le traitement pour le reprendre dès que l'écoulement de sang est arrêté.

Nous avons indiqué comment nous procédions au traitement de la métrite cervicale ; nous allons maintenant dire quels effets on observe à la suite des injections interstitielles dans le col et quels résultats elles fournissent.

Dans certains cas, au moment même de la piqure, la malade n'a aucune sensation ; mais, le plus souvent, dès que deux à trois gouttes de liquide ont pénétré dans le col, la femme accuse immédiatement dans la bouche le goût de goudron ou de créosote.

Ce symptôme est tantôt isolé, tantôt accompagné d'autres phénomènes tels que la toux, une sensation de chaleur générale et une transpiration légère et passagère qui est surtout marquée au front et dans la paume des mains.

Quelquefois la toux est assez violente et la malade a une véritable quinte.

Ces divers phénomènes prouvent clairement que la créosote est passée dans le système circulatoire, et, ce qui nous a toujours frappé, c'est la rapidité, nous pourrions dire l'instantanéité, avec laquelle le goût est perçu dans la bouche.

On serait peut-être en droit de supposer que, puisque la créosote passe dans la circulation, elle ne saurait avoir aucune action locale et que, par suite, notre procédé est défectueux. Il n'en est rien, et, ce qui le prouve péremptoirement, ce sont les symptômes locaux consécutifs aux piqûres, symptômes sur lesquels nous allons revenir dans un instant.

Mais nous tenons à dire, avant d'aller plus loin, que les sensations éprouvées par nos malades n'ont jamais revêtu un caractère très intense; toujours elles ont supporté facilement les piqûres et ne se plaignaient pas de souffrir le moins du monde. Nous insistons sur ce fait que ce mode de traitement n'est absolument pas douloureux: il est très bien accepté par les femmes et nous n'avons eu qu'une malade qui en ait éprouvé assez d'inconvénients pour que nous ayons dû y renoncer. Nous rapportons d'ailleurs ce cas isolé dans notre observation VII.

Consécutivement à la piqûre, qu'observe-t-on du côté du col? Dans la séance qui suit une injection interstitielle, on

trouve sur la lèvre où elle a été faite soit de très légères eschares superficielles, soit, plus rarement, de véritables eschares, plus ou moins étendues. Dans d'autres cas, on n'observe pas la moindre eschare du côté du col dont l'aspect semble peu modifié.

Quand il existe des eschares, leur nombre est variable; leur coloration d'abord blanchâtre devient par la suite grisâtre, puis noirâtre. Bientôt ces eschares s'éliminent et l'on trouve à leur place la muqueuse qui est très modifiée et a tendance à bourgeonner. Sous l'influence des piqûres suivantes et des pansements secs continus avec les trois poudres de salol, d'iodoforme et de tannin, la muqueuse se cicatrise dans un laps de temps plus ou moins court, suivant l'étendue de l'ectropion et la régularité que met la malade à venir se faire panser.

En résumé donc, suivant les cas, à la suite des piqûres on peut observer trois résultats différents : tantôt elles déterminent une modification seulement profonde et l'on n'observe rien en surface; tantôt elles amènent la production de très légères eschares superficielles; tantôt enfin de véritables eschares plus ou moins étendues. Voilà les trois phénomènes produits suivant les circonstances. Aussi, croyons-nous pouvoir admettre l'hypothèse suivante : les injections interstitielles de créosote dans le col ont trois modes d'action : une action profonde, une action superficielle peu étendue et une action superficielle étendue. Le

résultat est d'ailleurs le même dans les trois cas, c'est-à-dire qu'il se fait une petite réaction au niveau des points piqués, réaction qui tombe ensuite, et l'on observe alors le processus curatif.

Les trois modes d'action que nous avons observés sont difficiles à expliquer; ils tiennent probablement à ce que, suivant les cas, nous pénétrions dans des tissus différents: dans les kystes fermés, quand il ne se produit pas d'escharres; dans des glandes encore ouvertes, quand il y a de légères eschares superficielles; enfin dans les espaces interglandulaires, dans le troisième cas.

A côté des symptômes que nous venons de signaler et qui ne sont appréciables que pour le médecin, il résulte des injections interstitielles de créosote une amélioration rapide des troubles fonctionnels qu'éprouve la malade. Les douleurs disparaissent petit à petit; l'écoulement diminue progressivement et finit par cesser, si bien que souvent la malade ne souffre déjà plus alors que l'état du col réclame encore néanmoins plusieurs pansements.

Tels sont les résultats que nous avons constamment observés à la suite du traitement que nous avons exposé; on pourra suivre d'ailleurs le détail des phénomènes consécutifs aux piqûres dans les différentes observations que nous rapportons plus loin.

Les injections interstitielles dans le col de l'utérus n'ont

jamais jusqu'ici été conseillées dans le traitement de la métrite du col.

Toutefois, en recherchant dans les auteurs si ce mode de traitement n'avait jamais été pratiqué, nous avons trouvé que les injections dans le parenchyme utérin ont été recommandées, en 1856, par Simpson et depuis souvent employées par Thiersch, Luecke, Hueter, Williams, Hegar et Kaltenbach, Collins, Bennet, Delore et d'autres. Dans ces derniers temps enfin Schücking les a chaudement préconisées.

Ces différents auteurs ont fait des injections parenchymateuses pour détruire les néoplasmes, le carcinôme le plus souvent (Simpson, Thiersch), puis on a injecté dans le tissu utérin des médicaments pour obtenir une action plus directe de la substance injectée ; c'est ainsi qu'on a injecté l'ergotine directement dans le parenchyme utérin, au lieu de se servir de la voie hypodermique. On a aussi injecté des substances résorbantes, telles que la teinture d'iode, la solution iodo-iodurée, pour obtenir la résorption des exsudats. Enfin on a fait des injections parenchymateuses dans les cas d'inflammation de l'utérus ; Hueter employa l'acide phénique, Schücking la liqueur de Fowler. Dans le cancer, on a injecté le nitrate d'argent, la potasse caustique, le chlorure de zinc, l'alcool brômé (Schroeder), l'acide pyroligneux ; dans les myomes, l'ergotine (Delore-Schücking).

D'après Schücking, l'injection de solution d'arséniate de

potasse à un tiers exercerait une action salulaire sur l'involution et la tonicité (Stärkung) de l'utérus, action qui d'une part peut être attribuée à la transformation régressive déterminée par l'arsenic, d'autre part à l'état d'*inflammation insulaire*, c'est-à-dire à des petits ilots d'inflammation déterminés par l'injection avec rétraction consécutive des tissus.

Les auteurs allemands font ces injections profondément à 1 ou 2 centimètres, dans le parenchyme musculaire même, tandis que nous ne les faisons que superficielles, dans les glandes autant que possible.

Ainsi donc notre procédé diffère de ceux préconisés et par le mode opératoire et aussi par le but auquel il s'adresse.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(PERSONNELLE)

Endométrite et métrite du col avec large ectropion

M^{me} Q..., âgée de vingt-huit ans, mariée depuis neuf ans, à eu trois accouchements, dont le dernier remonte à cinq ans et demi. Les suites de couches ont toujours été normales. Elle vient consulter le 14 mars 1891, se plaignant de souffrir du ventre depuis un mois seulement. Elle accuse des douleurs dans les reins, dans le dos, le bas-ventre et les aines.

Réglée régulièrement tous les mois, elle présente des pertes jaunes, épaisses, depuis longtemps, mais surtout abondantes depuis un mois.

L'appétit est mauvais ; les digestions sont laborieuses ; il existe de la constipation.

Examen. — Au toucher, le col est augmenté de volume et présente de petites indurations dues à la présence d'œufs de Naboth. Le corps de l'utérus est en position normale.

Au spéculum, le col apparaît très volumineux et présente un ectropion considérable, de la dimension d'une pièce de cinq francs.

Par l'orifice, il s'écoule un liquide muco-purulent.

Traitement. — Le traitement opératoire n'étant pas accepté, la malade vient se faire panser trois fois par semaine. La thérapeutique employée est la suivante :

1° Cautérisation intra-cervicale à la créosote au tiers ; 2° scarification de toute la surface de l'ectropion ; 3° attouchement superficiel à la créosote ; 4° tampon de salol.

Le tampon est gardé vingt-quatre heures et la malade, après l'avoir retiré, prend une injection avec la solution phéniquée.

Ce traitement est suivi assez régulièrement, sauf pendant les époques menstruelles.

Le 11 août, l'amélioration est faible ; la malade ne souffre plus et perd un peu moins en blanc, mais le col est toujours en très mauvais état et l'ectropion a les dimensions d'une pièce de deux francs.

On commence à cette date le traitement par les injections interstitielles de glycérine créosotée au tiers.

11 août. — Injection d'un quart de seringue dans la lèvre antérieure du col en trois points différents. La malade n'accuse aucun phénomène local ni général.

Tampon de salol.

25 août. — La malade a eu ses règles depuis sa dernière visite et n'a pu revenir plus tôt.

Rien à noter du côté de la lèvre antérieure. Injection d'un quart de seringue dans la lèvre postérieure. Aucun phénomène. Tampon de salol.

27 août. — Il existe au niveau de la lèvre postérieure deux petites eschares blanchâtres correspondant aux points où ont été faites les piqûres précédentes.

Hersage de la cavité cervicale. Cautérisation intra-cervicale. Injection d'un tiers de seringue dans la lèvre antérieure. Tampon de Salol.

29 août. — Eschare allongée transversalement sur la lèvre antérieure.

La malade qui n'avait plus de pertes blanches a perdu hier en blanc assez abondamment (écoulement très liquide, blanchâtre).

Injection d'un quart de seringue dans la lèvre antérieure.

3 septembre. — Injection d'un quart de seringue dans la lèvre postérieure.

5 septembre. — Pas de douleurs, plus de pertes blanches. Tampon de salol.

12 *septembre*. — Le col est en bien meilleur état. La muqueuse est en partie reformée ; l'ectropion se resserre de la périphérie du col vers l'orifice.

Injection d'un quart de seringue dans la lèvre postérieure.

15 *septembre*. — Eschares sur la lèvre postérieure. Injection d'un quart de seringue dans la lèvre antérieure. Pour la première fois, la malade accuse presque instantanément le goût de goudron dans la bouche ; elle éprouve une sensation de chaleur générale et une légère transpiration à la figure et à la paume des mains. Ces phénomènes sont d'ailleurs vite dissipés.

19 *septembre*. — Eschare au niveau de la lèvre antérieure. L'ectropion diminue toujours. La lèvre postérieure se cicatrise bien. Pansement de salol.

22 *septembre*. — L'eschare au niveau de la lèvre antérieure persiste, mais la muqueuse se reforme. Pansement de salol.

29 *septembre*. — Plus d'eschares. Le col est en voie de cicatrisation. Pansement de salol, iodoforme et tannin. Tampon à demeure.

1^{er} *octobre*. — Même pansement.

10 *octobre*. — Col très amélioré. Même pansement.

13 *octobre*. — Col en bon état. Plus trace d'ectropion. Pansement aux trois poudres.

20 *octobre*. — Le col est en parfait état. La malade ne perd plus du tout en blanc, la guérison est complète.

Ainsi donc cette malade, qui depuis cinq mois était régulièrement traitée sans grande amélioration, a été guérie en deux mois en recevant seulement sept injections interstitielles. Nous ferons de plus remarquer que l'amélioration a fait de grands progrès à partir du jour où nous avons fait usage des pansements continus avec les trois poudres.

OBSERVATION II

(PERSONNELLE)

Endométrite et métrite cervicale d'origine puerpérale

M^{me} L., âgée de vingt-six ans, mariée depuis six ans, a eu deux enfants. Depuis son dernier accouchement, qui a eu lieu en 1889, elle souffre dans les reins et les aines. Elle se présente à la consultation le 14 mars 1891, se plaignant de souffrir beaucoup depuis deux mois dans le ventre, les reins, les aines, et le haut des cuisses.

Bien réglée, avec une avance de deux à trois jours, elle a eu ses dernières règles le 25 février.

Elle a des pertes blanches, jaunâtres, très abondantes.

L'appétit est mauvais, la digestion difficile ; la malade a de la constipation et de fréquentes céphalalgies.

Examen. — Périnée un peu insuffisant par déchirure ; la vulve est un peu béante ; le vagin est normal.

Au toucher, le col est un peu augmenté de volume, déchiré légèrement à gauche.

Le corps est un peu gros, légèrement incliné en arrière. Les annexes sont normales.

Au spéculum, le col de l'utérus présente un ectropion grand comme une pièce de cinquante centimes. Hystérométrie : 7 centimètres et demi.

Traitement. — Hersage. Cautérisation intra-cervicale. Scarifications superficielles. Crayon d'iodoforme. Pansement au salol.

La malade suit ce traitement assez régulièrement jusqu'au 18 août. L'amélioration est peu notable, bien que la malade souffre un peu moins et perde moins en blanc.

L'ectropion a toujours les mêmes dimensions.

18 août. — Injection d'un quart de seringue de créosote au

tiers dans la lèvre antérieure. Aucun phénomène local ni général lors de la piqûre. Tampon de salol.

29 août. — Petite eschare, en partie éliminée, au niveau de la lèvre antérieure. Injection d'un quart de seringue dans la lèvre postérieure.

1^{er} septembre. — Injection d'un quart de seringue dans la lèvre antérieure. Dix minutes après la piqûre, la malade a dans la bouche le goût de créosote et le garde dix minutes environ.

5 septembre. — Eschares sur la lèvre antérieure. Tampon de salol.

12 septembre. — La malade se trouve mieux. L'ectropion a disparu ; la muqueuse est en partie reformée. Tampon de salol.

19 septembre. — L'amélioration s'est accentuée. Tampon de salol.

3 octobre. — Guérison.

Ici trois injections interstitielles ont amené en un mois et demi la guérison complète.

OBSERVATION III

(PERSONNELLE)

Vaginite, endométrite et métrite du col d'origine blennorragique

M^{me} G..., âgée de vingt-trois ans, a eu un accouchement il y a deux ans, et une fausse couche de six semaines il y a deux mois et demi. A la suite, hémorragie abondante ayant forcé la malade à rester six semaines au lit. Elle souffre depuis dans le bas-ventre et l'aîne gauche. Les règles sont revenues régulièrement.

Elle vient consulter le 4 août 1891 pour les douleurs qu'elle éprouve et pour un écoulement jaune verdâtre abondant.

Examen. — Périnée à peine suffisant.

Au toucher, col en situation normale, inégal ; lèvre antérieure hypertrophiée. Corps non dévié. Annexes normales.

Au spéculum, vagin un peu rouge dans toute son étendue. Le col présente un ectropion des dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Il s'écoule par l'orifice utérin un mucus moyennement purulent. Hystérométrie : 8 centimètres et demi.

Traitement. — Injections interstitielles de créosote au tiers.

4 août. — Injection d'un quart de seringue dans la lèvre antérieure. Le goût est immédiatement perçu dans la bouche par la malade ; il persiste à peine dix minutes. Pas de malaise ni de transpiration. Tampon de salol.

11 août. — Petite eschare sur la lèvre antérieure. Injection d'un quart de seringue dans la lèvre postérieure.

29 août. — La malade a eu ses règles. Injection d'un quart de seringue dans la lèvre antérieure. Goût et toux.

1^{er} septembre. — Injection d'un quart de seringue dans la lèvre postérieure.

5 septembre. — Eschare sur la lèvre postérieure.

8 septembre. — La malade se trouve mieux. Les pertes ont beaucoup diminué ; les douleurs sont moins vives. Tampon de salol.

12 septembre. — Injection d'un quart de seringue dans la lèvre antérieure.

15 septembre. — Deux petites eschares sur la lèvre antérieure. Injection d'un quart de seringue dans la lèvre postérieure. Goût perçu instantanément, toux ; chaleur générale, légère transpiration.

26 septembre. — La malade a eu ses règles. La lèvre antérieure est presque complètement cicatrisée. Injection d'un quart de seringue dans la lèvre postérieure. Pansement avec les trois poudres ; tampon à demeure.

29 septembre. — La lèvre antérieure est complètement cicatrisée. La lèvre postérieure est encore un peu à vif. Pansement aux trois poudres.

6 octobre. — Pansement aux trois poudres.

10 octobre. — Le col est très amélioré. Pansement aux trois poudres.

13 et 15 octobre. — Pansement aux trois poudres.

27 octobre. — Col en parfait état. Plus de pertes, ni de douleurs. Guérison.

OBSERVATION IV

(PERSONNELLE)

Métrite cervicale d'origine probablement blennorragique

M^{me} S..., âgée de vingt-six ans, mariée depuis huit ans, n'a jamais eu d'enfant. Réglée à douze ans, elle voit régulièrement tous les mois pendant trois jours.

Elle vient consulter le 12 août 1891, pour des douleurs qu'elle ressent dans les reins, l'aîne gauche et les cuisses, et pour des pertes jaunâtres, épaisses.

Examen. — Vulve de nullipare. Vagin normal non enflammé.

Au toucher, col petit, corps en antéflexion physiologique, non augmenté de volume. Annexes normales.

Au spéculum, col rouge, présentant un ectropion au niveau de la lèvre antérieure. L'hystéromètre ne franchit pas l'orifice interne.

Traitement. — Injections interstitielles de créosote au tiers.

18 août. — Injection d'un quart de seringue dans la lèvre antérieure. Toux et goût presque immédiatement. Pas de transpiration. Tampon de salol.

22 août. — Tampon de salol.

1^{er} septembre. — Injection d'un quart de seringue.

12 septembre. — L'ectropion a diminué de moitié. Injection d'un quart de seringue.

17 septembre. — Eschare sur la lèvre antérieure. Tampon de salol.

19 septembre. — Injection d'un quart de seringue.

22 septembre. — Eschare blanchâtre sur la lèvre antérieure près de l'orifice du col. La muqueuse se reforme. Presque plus de pertes, plus de douleurs.

26 septembre. — Le col a bon aspect.

29 septembre. — Continuation de l'amélioration. Pansement aux trois poudres.

12 octobre. — La malade n'a plus de pertes ni de douleurs. Même pansement.

22 octobre. — Le col est normal. La malade se trouve très bien. Guérison.

OBSERVATION V

(PERSONNELLE)

Méto-endométrite

Madame J..., âgée de trente-trois ans, a eu un accouchement il y a dix ans. Elle souffre depuis quatre ans environ dans les reins, le bas-ventre, les aînes et les cuisses.

Bien réglée, Dernières règles fin août.

Écoulement jaunâtre assez abondant.

Digestions un peu pénibles.

Elle vient à la consultation le 17 septembre 1891.

Examen. — Col légèrement augmenté de volume, présentant un ectropion des dimensions d'une pièce d'un franc. Corps en position normale, légèrement douloureux à la double palpation. Annexes normales.

Traitement. — Injections interstitielles de créosote au tiers.

17 septembre. — Injection d'un quart de seringue dans la lèvre postérieure. Goût et sensation de chaleur. Pas de toux. Tampon de salol.

19 septembre. — Large eschare blanchâtre sur la lèvre postérieure. Injection d'un quart de seringue dans la lèvre antérieure. Le goût est perçu trente secondes environ après la piqure et persiste à peine cinq minutes.

22 septembre. — Eschare sur la lèvre antérieure. L'eschare de la lèvre postérieure persiste et est devenue noirâtre. Tampon de salol.

29 septembre. — Les eschares ne sont pas encore éliminées. Introduction d'un crayon d'iodoforme dans l'utérus. Pansement aux trois poudres. Tampon à demeure.

1^{er} octobre. — Col en bon état, en voie de cicatrisation. Plus d'eschares. Même pansement.

3 octobre. — Même pansement.

6 octobre. — Col sensiblement amélioré. Pansement aux trois poudres.

8, 10, 12, 15, 17, 22 octobre. — Même pansement.

24 octobre. — Col en parfait état. Guérison.

OBSERVATION VI

(PERSONNELLE)

Méto-endométrite

M^{me} M..., âgée de vingt-trois ans, a eu deux accouchements. Elle vient consulter, le 11 juillet 1891, pour des douleurs qu'elle ressent dans les reins, le bas-ventre, les deux aines et pour des pertes jaârs 3 ien réglée.

Examen. — Périnée déchiré, mais suffisant.

Colpocèle antérieure assez volumineuse.

Au toucher, col petit; corps un peu augmenté de volume, non douloureux à la pression, en légère rétroversion. Orifice externe

légèrement entr'ouvert. Au spéculum, col un peu rouge, présentant un ectropion sur la lèvre postérieure.

Traitement. — La malade est traitée pendant un mois par les cautérisations intra-cervicales à la créosote, les scarifications et les pansements au salol, sans grande amélioration.

A partir du 13 août, on commence à faire des injections interstitielles. Ces dernières déterminent immédiatement chez la malade de la toux sans trace de malaise. En outre, on lui fait des pansements avec les trois poudres et tampon à demeure. Elle reçoit quatre injections d'un quart de seringue dans l'espace d'un mois et à la fin d'octobre, le col est complètement guéri. La malade ne perd plus en blanc et n'a plus de douleurs.

OBSERVATION VII

(PERSONNELLE)

Métrite cervicale

M^{me} L..., âgée de trente-deux ans, se présente à la consultation le 12 septembre. Elle a eu deux enfants, le dernier il y a trois mois et demi. Elle ne souffre pas du ventre, mais craint d'avoir une chute de la matrice. Elle a des pertes blanc-jaunâtres depuis longtemps.

Examen. — Le col est rouge et présente un ectropion grand comme une pièce de cinquante centimes. Par l'orifice externe il s'écoule un liquide muco-purulent.

Traitement. — Nous injectons quelques gouttes de glycérine créosotée dans la lèvre antérieure. La malade accuse immédiatement le goût de goudron dans la bouche et est prise d'une quinte de

toux très forte ; de plus, sensation d'étouffement, de constriction à la gorge. Puis, au bout de deux minutes environ, la malade se trouve mal et perd connaissance ; portée sur une chaise longue, elle revient à elle au bout de quatre minutes. A ce moment, la malade se trouve mieux ; elle n'a plus de goût dans la bouche, mais elle accuse une sensation de brûlure tout le long de l'œsophage.

Devant cette susceptibilité toute exceptionnelle, nous renonçons à l'emploi des injections interstitielles et nous traitons la malade par l'introduction de crayons dans la cavité cervicale, par des scarifications, des attouchements superficiels à la glycérine créosotée et par les trois poudres.

Nous avons tenu à relater cette observation à cause des phénomènes que notre traitement a déterminés chez cette malade, phénomènes que nous n'avons observés avec une telle intensité que dans ce cas particulier.

OBSERVATION VIII

(PERSONNELLE)

Endométrite et métrite du col d'origine puerpérale

M^{me} L..., âgée de trente-trois ans, se présente à la consultation le 10 septembre 1891. Elle a eu une fausse couche de deux mois il y a quatre ans et demi, suivie d'hémorragie pendant huit jours et un accouchement un an après, terminé par une délivrance artificielle. Depuis, elle souffre dans les reins, le bas-ventre et les aines.

Bien réglée, elle a eu ses dernières règles quinze jours auparavant. Elle a quelques pertes blanches.

Maux d'estomac. Constipation.

Examen. — Au toucher, col déchiré transversalement; corps légèrement augmenté de volume, douloureux à la pression. Annexes normales. Au spéculum, col gros, violacé, présentant un large ectropion, de la dimension d'une pièce de deux francs. Traitement médical seul accepté.

15 septembre 1891. — Hersage, cautérisation intra-cervicale à la créosote. Injection d'un quart de seringue de créosote au tiers dans la lèvre postérieure. Aucun phénomène local ni général.

22 septembre. — Eschare blanchâtre sur la lèvre postérieure. Tampon de salol.

24 septembre. — Hersage. Cautérisation intra-cervicale. Injection d'un quart de seringue dans la lèvre antérieure.

26 septembre. — Deux eschares sur la lèvre antérieure; lèvre postérieure encore grosse; la muqueuse commence à s'y reformer. Cautérisation intra-cervicale. Introduction d'un crayon d'iodoforme sans aucune difficulté.

29 septembre. — Les deux eschares persistent encore sur la lèvre antérieure; elles s'éliminent lentement. Pansement avec les trois poudres (salol, iodoforme, tannin) et tampon à demeure.

1^{er} octobre. — Le tampon retiré n'a pas d'odeur. Le col a bon aspect. Pansement aux trois poudres.

3, 6, 8 octobre. — L'amélioration continue. Même pansement.

10 octobre. — Le col est cicatrisé, mais il subsiste de la rougeur au pourtour de l'orifice. Cautérisation intra-cervicale. Pansement aux trois poudres.

24 octobre. — Col complètement cicatrisé. Lèvre postérieure un peu grosse; quelques scarifications à son niveau.

27 octobre. — La malade se trouve beaucoup mieux; elle se plaint seulement de quelques douleurs vagues non localisées dans le ventre. On lui fait une application de collodion sur l'abdomen.

3 novembre. — Guérison.

OBSERVATION IX

(PERSONNELLE)

Rétroflexion de l'utérus. — Métrite du col légère

M^{me} B..., âgée de vingt-cinq ans, souffre depuis son dernier accouchement qui remonte à huit ans et demi. Elle accuse des douleurs dans le côté gauche de l'abdomen, dans le bas-ventre et les aines. Réglée un peu irrégulièrement, elle a quelques pertes blanches.

Cette malade a un utérus en rétroflexion manifeste et un ectropion du col des dimensions d'une pièce de cinquante centimes.

16 juin. — On applique un pessaire élastique de petit diamètre après avoir réduit l'utérus à l'aide de l'hystéromètre.

20 juin. — On commence le traitement par les injections interstitielles.

Elle en reçoit quatre dans l'espace de six semaines et après l'élimination des eschares déterminées par les piqûres, le col est revenu à l'état normal et la malade est guérie.

OBSERVATION X

(PERSONNELLE)

Endométrite et métrite du col d'origine puerpérale

M^{me} B..., âgée de vingt et un ans, a eu deux accouchements, le dernier au mois d'octobre 1890. Elle souffre depuis dans le ventre et les reins; elle a quelques pertes blanches. Elle vient consulter pour ces différents troubles le 10 mars 1891.

Examen. — Au toucher, col petit, légèrement déchiré à gauche. Corps de l'utérus augmenté de volume, légèrement douloureux. Dans le cul-de-sac latéral droit, douleur assez vive sans qu'on sente les annexes de ce côté. Cul-de-sac latéral gauche également douloureux, mais pas de tuméfaction à ce niveau.

Au spéculum, vagin légèrement enflammé.

Col un peu rouge, violacé dans tout son ensemble et légèrement déchiré du côté gauche ; ectropion de la lèvre antérieure.

Traitement. — Cautérisation intra-cervicale, pansement de salol, injections phéniquées.

Le traitement est suivi très irrégulièrement et la malade vient rarement se faire panser.

13 août. — L'ectropion a augmenté. Injection interstitielle d'un quart de seringue dans la lèvre antérieure. Pas de goût dans la bouche.

18 août. — Pas d'eschare. Nouvelle injection.

25 août. — L'ectropion a diminué.

1^{er} septembre. — Troisième injection.

15 septembre. — Pas d'eschare. Quatrième injection. Goût perçu immédiatement dans la bouche ; transpiration ; pas de toux.

22 septembre. — Eschare blanchâtre sur la lèvre antérieure. Pansement avec les trois poudres.

29 septembre. — L'ectropion a en grande partie disparu. Le col se cicatrise bien. Même pansement.

15 octobre. — Le col est guéri. La malade se plaint de quelques douleurs abdominales qui sont d'origine intestinale. Quelques séances de massage achèvent de la remettre et à la fin d'octobre elle est guérie.

OBSERVATION XI

(PERSONNELLE)

Endométrite hémorragique et métrite du col

M^{me} L., âgée de quarante-trois ans, a eu deux accouchements, dont le dernier date de seize ans. Elle était ordinairement bien réglée, toutes les trois semaines pendant trois jours. Depuis un an, elle a quelquefois des retards.

Elle vient consulter le 2 juillet 1891 pour une métrorragie aujourd'hui arrêtée.

Elle n'avait pas vu de sang depuis six semaines, quand elle a commencé, il a trois semaines environ, à perdre du sang durant dix-sept jours. Le sang s'est arrêté à la suite d'administration d'ergotine et de perchlorure de fer. Elle ne souffre pas du tout, mais perd en blanc jaunâtre un peu épais.

Examen. — Au toucher, col gros, déchiré. Corps en position normale, non augmenté de volume. Annexes normales.

Au spéculum, col volumineux, présentant un grand ectropion large comme une pièce de cinq francs. Par l'orifice externe aucun écoulement.

Traitement. — Scarification du col. Cautérisation superficielle à la créosote. Tampon de salol.

25 juillet. — La malade perd du sang.

4 août. — Elle continue à perdre.

6 août. — L'écoulement sanguin est arrêté.

13 août. — Première injection interstitielle de créosote au tiers (un tiers de seringue) dans la lèvre antérieure. La malade est prise de toux et accuse dans la bouche le goût de créosote, qu'elle garde trois heures.

18 août. — Deuxième injection, dans la lèvre postérieure. Mêmes symptômes.

27 août. — Trois petites eschares blanchâtres sur la lèvre postérieure. Troisième injection dans la lèvre antérieure.

1^{er} septembre. — Quatrième injection dans la lèvre postérieure.

10 septembre. — Pansement de salol.

12 septembre. — L'ectropion est toujours large, mais la surface est moins rouge. Cinquième injection (un quart de seringue dans la lèvre antérieure et un quart dans la lèvre postérieure).

15 septembre. — Deux eschares sur la lèvre postérieure. Amélioration. L'ectropion se rétrécit de la périphérie vers l'orifice.

Sixième injection (dans les deux lèvres du col). La malade tousse, a le goût dans la bouche, une légère transpiration avec sensation de chaleur générale.

24 septembre. — La malade a eu ses règles ; elle a perdu durant trois jours assez abondamment. Septième injection dans la lèvre postérieure.

26 septembre. — Les dimensions de l'ectropion sont de 30 millimètres de large sur 32 de haut, le col mesurant 49 millimètres de largeur. Quelques eschares au niveau de la lèvre postérieure. Huitième injection dans la lèvre antérieure. Tampon de salol.

29 septembre. — Eschares sur la lèvre antérieure. Neuvième injection dans la lèvre postérieure. Pansement aux trois poudres. Tampon à demeure.

1^{er} octobre. — Large eschare blanchâtre sur la lèvre postérieure. Le tampon retiré n'a pas d'odeur. Pansement aux trois poudres et tampon à demeure.

3 octobre. — L'eschare persiste sur la lèvre postérieure. Gouttérisation intra-cervicale. Même pansement.

9 octobre. — La malade vient d'avoir ses règles un peu moins abondantes que d'ordinaire. Pansement aux trois poudres.

15 octobre. — L'ectropion mesure 25 millimètres de large sur 27 de haut ; le col 40 millimètres de large.

17 octobre. — Col un peu saignant. Pansement aux trois poudres.

20 octobre. — Même pansement.

22 octobre. — La lèvre postérieure est complètement guérie ; plus trace d'ectropion. La lèvre antérieure continue à bien bourgeonner ; la surface malade n'a plus que 13 millimètres de haut sur 12 de large.

Pansement aux trois poudres.

24, 27, 29, 31 octobre. — Même pansement.

5 novembre. — La lèvre antérieure est cicatrisée. Le col est en bon état. La malade est guérie.

OBSERVATION XII

(PERSONNELLE)

Mérite du col d'origine blennorragique. — Cystite

M^{me} M., âgée de vingt ans, vient consulter, le 12 septembre 1891, pour des douleurs qu'elle éprouve dans les reins et le bas-ventre et pour des pertes blanc-jaunâtres. Elle n'a jamais eu de grossesse. Toujours bien réglée, elle souffre depuis sept ans de la vessie et depuis quatre ans du ventre.

Examen. — Au toucher, le col fait une saillie exagérée dans le vagin; le corps de l'utérus est en position normale, non douloureux. Rien aux annexes.

Au spéculum, on aperçoit sur la lèvre postérieure un ectropion de 2 centimètres de long sur 1 centimètre de haut et sur la lèvre antérieure un très léger ectropion.

Traitement. — Injection interstitielle dans la lèvre antérieure. Aucun phénomène.

15 septembre. — Deuxième injection dans la lèvre postérieure.

17 septembre. — Large eschare recouvrant la presque totalité de l'ectropion. Troisième injection dans la lèvre postérieure. Goût perçu pendant quelques instants et sensation de chaleur.

19 septembre. — Eschare au niveau de la dernière piqûre. Tampon de salol.

29 septembre. — La malade a eu ses règles. Elle ne souffre presque plus et n'a plus de pertes. Pansement de salol.

1^{er} octobre. — L'ectropion a disparu. Col en très bon état. État subjectif excellent.

3 octobre. — Guérison.

OBSERVATION XIII

(PERSONNELLE)

Métrite du col d'origine puerpérale

M^{me} B..., âgée de trente ans, a eu trois enfants. Elle vient consulter le 8 septembre 1891 pour des douleurs qu'elle ressent dans le bas-ventre et les reins. Son dernier accouchement remonte à trois mois. Elle perd en blanc.

Examen. — Au toucher, on trouve simplement le col un peu augmenté de volume, déchiré transversalement. Au spéculum, ectropion siégeant sur la lèvre antérieure, grand comme une pièce de cinquante centimes.

Traitement. — Injection interstitielle. La malade tousse et accuse le goût de créosote dans la bouche. Pansement aux trois poudres. Tampon à demeure.

12 septembre. — Pas d'eschare. Même pansement.

17 septembre. — Deuxième injection dans la lèvre antérieure. Mêmes phénomènes.

22 septembre. — Eschare blanchâtre occupant toute la surface de l'ectropion. Pansement aux trois poudres.

1^{er} octobre. — L'eschare est en partie éliminée; la muqueuse se reforme. Même pansement.

3 octobre. — État subjectif bon. Même pansement.

6, 8, 10 octobre. — Même pansement.

15 octobre. — Col en bon état. Guérison.

CONCLUSIONS

1° Le meilleur mode de traitement de la métrite cervicale est l'intervention chirurgicale (curage et amputation du col);

2° Dans les cas où pour une raison quelconque on ne peut recourir au traitement opératoire, des injections interstitielles de créosote au tiers, pratiquées dans le col suivant les règles que nous avons exposées, constituent la méthode de choix pour obtenir la guérison de la métrite du col;

3° Sous l'influence de ce traitement, les lésions cervicales disparaissent assez rapidement, les troubles fonctionnels s'amendent vite et la guérison survient, constante et durable.

APPENDICE

Nous avons eu l'idée d'expérimenter le même mode de traitement par les injections interstitielles dans le col dans le cas de cancer utérin. Nous rapportons plus loin deux observations d'épithélioma du col traité par ce procédé.

Nous ne voulons bien entendu rien conclure de ces deux cas, mais pourtant, ainsi qu'on le verra en lisant les observations, nos deux malades en ont retiré un réel bénéfice. Sous l'influence des piqûres, les douleurs si intenses du cancer utérin ont diminué très notablement, ont même presque disparu ; quant à l'écoulement fétide qui constitue pour les malheureuses femmes atteintes de cette terrible affection une si épouvantable infirmité, il s'est presque tari.

Aussi, sans vouloir prétendre que ce soit là un mode de traitement à adopter définitivement, avons-nous cru bon de mentionner ce fait très intéressant.

OBSERVATION XIV

(PERSONNELLE)

*Epithélioma du col avec envahissement des culs-de-sac antérieur
et latéraux*

Madame P..., âgée de quarante-deux ans, a eu un enfant il y a vingt-trois ans. Depuis trois mois, elle éprouve des douleurs dans les reins, le bas-ventre et le haut des cuisses.

Bien réglée autrefois, elle perd actuellement (1 août 1891) du sang mélangé de glaires; cet écoulement a une odeur assez fétide.

Depuis trois mois, perte d'appétit et amaigrissement.

Examen. — Au toucher, toute la paroi vaginale antérieure est dure, inégale, très résistante au doigt et se continue avec le col qui forme également une masse indurée et inégale; les culs-de-sac latéraux présentent également la même consistance; seul, le cul-de-sac postérieur est libre.

Au spéculum, le col est difficilement pris dans l'ouverture des vulves; il est inégal, fongueux, saignant.

L'écoulement a une odeur tout à fait caractéristique.

Cette malade est pansée jusqu'au 15 septembre avec de l'iodoforme, sans grand changement dans les phénomènes subjectifs.

15 septembre. — Injection d'un quart de seringue dans le col. Le goût est perçu immédiatement; sensation de chaleur à la face. Pansement au salol.

19 septembre. — Toute la surface de l'ulcération a pris un aspect gris marronné. La malade a beaucoup souffert à la suite de la piqûre. Pansement au salol. On prescrit des lavements de laudanum.

26 septembre. — Toute l'eschare est tombée et la muqueuse du col est aujourd'hui plus rosée. Injection d'un quart de seringue. Pansement aux trois poudres. Tampon à demeure.

29 septembre. — Peu de douleurs à la suite de la dernière piqure. La surface du col est grisâtre. Même pansement.

3 octobre. — Eschare en voie d'élimination. Pansement aux trois poudres.

6 octobre. — Eschare en partie éliminée. Même pansement.

9 octobre. — La surface du col est lisse ; il a perdu son aspect fongueux. Le col est beaucoup moins facilement saignant. Pansement aux trois poudres.

24 octobre. — État subjectif bon. Le col ne saigne plus ; sa coloration est rosée. Même pansement.

31 octobre. — Plus de douleurs. Pertes insignifiantes.

3 novembre. — La malade n'a plus de pertes.

OBSERVATION XV

(PERSONNELLE)

Epithélioma végétant du col

M^{me} T..., âgée de quarante-deux ans, se présente à la consultation le 10 octobre. Elle a eu deux enfants, dont le dernier a dix-huit ans.

Ordinairement bien réglée, elle a cessé de voir du sang il y a cinq mois. Cet arrêt a persisté trois mois ; depuis lors les règles sont revenues abondantes et la malade perd des caillots ; dans l'intervalle de ses règles, elle a des pertes roussâtres fétides.

Perte d'appétit ; amaigrissement considérable.

Examen. — On sent dans le vagin une masse dure, friable, saignant au moindre contact, se continuant avec les parois du vagin ; les culs-de-sac sont pris. Au spéculum, le col apparaît sous l'aspect d'une masse végétante et saignante, qui proémine dans le vagin.

Cette malade a reçu jusqu'à présent six injections interstitielles de créosote au tiers et elle semble en avoir retiré un certain profit ; elle souffre à peine, et son écoulement est beaucoup moins abondant. Localement, aucune modification dans l'état du col.

Vu : le Président de la Thèse,
A. LE DENTU.

Vu :
LE DOYEN,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AUVARD. — *Traité pratique de gynécologie*. Paris, 1891, p. 190, et *passim*.

CARON. — *Traitement de la métrite parenchymateuse par l'ignipuncture*. Thèse de Paris, 1881.

CHROBAK. — *Deutsche chirurgie*, — *Lieferung*, n° 54, 1885, p. 276.

COURTY. — *De l'ignipuncture du col utérin dans le traitement de la métrite chronique* (Assoc. française pour l'avancement des sciences, session de Clermond-Ferrand, 1876).

COURTY. — *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1872, p. 210.

COURTY. — *Dict. encyclopédique des sc. méd.*, 2^e série, t. VII, p. 429.

DANLOS et SIREDEY. — *Nouv. Dict. de méd. et de chirurg. pratiques*, t. XXXVII, p. 660 et suiv.

DE SINÉTY. — *Manuel pratique de gynécologie*. Paris, 1879, p. 378.

DE SINÉTY. — *Des ulcérations du col de l'utérus dans la métrite chronique* (*Comptes rendus* de la Soc. de biologie et Assoc. française pour l'avancement des sciences, 1880).

DOLÉRIS et MANGIN. — *De la métrite cervicale*. *Nouv. Arch. d'obstét. et de gynécol.*, 1889, p. 121, 188, 214, 454.

DOLÉRIS et BONNET. — *De la métrite cervicale*. *Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynécol.*, 1891, p. 21, 90, 133.

DUFRAISSE. — *Traitement de la métrite parenchymateuse par les émissions sanguines*. Thèse de Paris, 1880.

EMMET. — *La pratique des maladies des femmes*. Trad. Olivier, p. 101 et *passim*.

GALLARD. — *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. Paris, 1873, p. 404.

JOBERT DE LAMBALLE. — *Mémoire sur la cautérisation*. Paris, 1833.

LUTAUD. — *Manuel des maladies des femmes*, 2^e édit. Paris, 1891, p. 243 et *passim*.

POZZI. — *Traité de gynécologie*. Paris, 1890, p. 153 et 214.

ROLLET. — *Du traitement de la métrite chronique par la cautérisation au fer rouge*. Paris, 1878.

RUGE et VEIT. — *Centralblatt für gyn.*, 1877, n° 2, et *Zeitschrift f. Geburtsh. und gyn.*, bd. II, p. 415 et bd. VIII, p. 405.

SCHUCKING. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1883, n° 27.

TERRILLON et AUVARD. — *Bulletin de thérapeutique*, juillet 1880.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos	1
Anatomie normale et pathologique du col utérin. .	5
Symptomatologie et diagnostic de la métrite cervicale.	12
Traitement	15
Traitement par les injections interstitielles	18
Observations	31
Conclusions.	49
Appendice.	50

